

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 septembre 2018

Composition : M. PIGUET, président
M. Métral et Mme Berberat, juges
Greffière : Mme Laurency

* * * * *

Cause pendante entre :

M. _____, à [...], recourante, représentée par Procap, Service juridique, à
Bienne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

Art. 16 LPGA ; art. 28 et 28a LAI

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1960, a travaillé dans l'établissement « [...] » à [...] tenu par ses frères, tout d'abord au service, puis comme aide de cuisine.

Selon différentes expertises réalisées entre 1997 et 2002, l'assurée présentait un syndrome douloureux chronique somatoforme après entorse de gravité moyenne de la cheville gauche, des pieds creux bilatéraux du 1^{er} degré, une dysthymie ainsi qu'un trouble de la personnalité non spécifié avec traits de personnalité abandonniques et histrioniques. Les différents médecins consultés avaient retenu une incapacité de travail supérieure à 70 % en raison des atteintes psychiatriques, tout en précisant que des mesures de réadaptation étaient envisageables et qu'un taux d'activité de 40 % à 50 % était exigible dans la mesure où un soutien psychothérapeutique et un accompagnement professionnel pouvaient être proposés à l'assurée. Au moment de la survenance de l'invalidité, fixée au 1^{er} février 1997, l'assurée ne comptait cependant que neuf mois de cotisations. Le droit à la rente lui a donc été refusé par décision du 11 décembre 2003 et elle a repris le travail dans la restauration à 50 %.

Atteinte d'un cancer du sein diagnostiqué en septembre 2013, M. _____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 19 novembre 2013. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins traitants de l'assurée et fait verser le dossier constitué par l'assureur perte de gain.

L'assurée a été en incapacité totale de travail depuis le 25 septembre 2013. Elle a bénéficié d'une tumorectomie le 9 octobre 2013 avec curage axillaire droit suivie d'une chimiothérapie compliquée d'une agranulocytose fébrile, d'une radiothérapie à l'origine d'une radiodermite et enfin d'une hormonothérapie. Elle a repris le travail à 10 % à compter

du 1^{er} novembre 2014, puis à 20 % dès le 1^{er} avril 2014. Elle a à nouveau été arrêtée à 100 % à partir du 2 mai 2015.

Selon un rapport du 23 mars 2015 de la Dresse S._____ du Département d'oncologie du Centre N._____, l'assurée était très fatiguée avec un lymphoedème au niveau du bras droit lié à l'intervention d'octobre 2013. La fatigue était importante à l'hormonothérapie également. Il existait des symptômes psychologiques liés à l'annonce de la maladie oncologique.

Dans le cadre de l'instruction de son dossier, l'assureur perte de gain a confié une expertise médicale au Dr H._____, spécialiste en médecine interne générale. On extrait ce qui suit du rapport du 2 juin 2015 :

5.1 Diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail :

- Carcinome invasif NST du QSE du sein droit [...] (septembre 2013).
- Status après tumorectomie et curage axillaire à droite le 09.10.2013.
- Status après chimiothérapie (3 FEC, 3 Taxotère) terminée le 26.02.2014.
- Status après radiothérapie adjuvante terminée le 07.05.2014.

[...]

6.2 Situation actuelle

[...]

Cliniquement, nous n'avons pas d'argument pour une rechute locale ou à distance de sa maladie oncologique. Le sein droit est pourtant tuméfié, induré et sans masse palpable. Il est, de manière homogène, un peu plus rouge qu'à gauche. Sa palpation est non suspecte. Il n'y a pas de rétraction mamelonnaire et le creux axillaire est libre. Nous ne constatons pas de lymphoedème du membre supérieur droit, ni de plainte à type de serrement ou d'étau. Il n'y a pas de neuropathie douloureuse malgré une bande d'hypoesthésie à la face postérieure du bras droit. La mobilité articulaire n'est pas entravée. En revanche, on trouve 16/18 points de fibromyalgie, témoignant vraisemblablement d'un seuil douloureux abaissé. Un syndrome de fibromyalgie est difficile à poser, s'agissant d'un diagnostic d'exclusion. Il est particulièrement délicat à affirmer dans un contexte d'hormonothérapie pour maladie oncologique.

Le reste de l'examen est sans grande particularité. Sur le plan neurologique, il est noté une aréflexie diffuse, une hypoesthésie vibratoire au membre inférieur droit, sans autre argument en faveur d'une polyneuropathie dans le cadre du traitement de Taxotère et d'un diabète. Il n'y a pas d'ataxie même si l'appui monopodal est légèrement instable. Il n'y a pas d'atteinte sensitive significative au niveau des doigts.

L'examen pulmonaire est suggestif d'une **broncho-pneumopathie chronique obstructive** sur tabagisme dont l'importance devrait être déterminée par spirométrie. Il est fait état d'une dyspnée de stade I et d'une bronchite chronique avec toux et expectorations fréquentes. On ausculte des sibilances et des petits râles crépitants aux deux bases.

6.3 Limitations fonctionnelles

Les traitements du cancer du sein droit, chez cette droitère, ne permettent plus des travaux requérant le soulèvement de charges de plus de 10 kg ou le port de charges de 5 kg. Les mouvements répétitifs et soutenus avec la main droite ne sont pas exigibles. Les travaux impliquant la pince entre le bras droit et le thorax ne sont pas possibles. Enfin, les travaux effectués les bras tenus en hauteur ne sont plus exigibles.

Les activités d'aide de cuisine sont donc partiellement impossibles avec une perte de rendement que nous estimons à 50%. Dans une activité adaptée, la capacité de travail est normale.

Sur le plan psychique, bien que non psychiatre, nous n'avons pas l'impression qu'il existe une symptomatologie actuellement invalidante.

[...]

Dans une activité adaptée, il existe une perte de rendement estimée à 20% pour tenir compte de l'asthénie persistante. Une telle activité adaptée est exigible dès le 01.09.2014, soit à plus de 3 mois après la fin de la radiothérapie et des complications sous forme de zona et de dermo-hypodermite de fin mai 2014.

Le dossier a été soumis au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR). Selon avis du 22 mars 2016, une aggravation liée à la nouvelle atteinte à la santé était responsable d'une incapacité totale du 25 septembre 2013 au 1^{er} septembre 2014. Depuis lors, en tenant compte également de l'affection psychiatrique à caractère incapacitant durable déjà connu, le SMR a retenu une capacité de travail exigible de 50 % pour toute activité.

Dans un projet de décision du 3 avril 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de rente d'invalidité, dès lors

que le degré d'invalidité, fixé à 14 % sur la base d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de 20 %, était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

Le Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale et en oncologie médicale, a adressé à l'OAI un rapport le 23 mai 2017, ayant la teneur suivante :

Dans votre courrier, vous faites mention d'une capacité de travail à 80% dans une activité adaptée dans le cadre de l'atteinte physique conséquente aux traitements anti-cancéreux. Force est de constater que selon notre appréciation ce taux semble surévalué.

En effet, la patiente souffre de polyarthralgies dans le cadre de son traitement anti-hormonal adjuvant. A noter que la patiente a présenté une amélioration de la tolérance au traitement en raison d'un changement de l'inhibiteur de l'aromatase au profit du Tamoxifène. Toutefois, cela ne semble pas compatible avec une activité professionnelle à 80% particulièrement dans le secteur de la restauration.

C'est d'ailleurs pour cette raison que la patiente a diminué de manière spontanée son pourcentage ces dernières années. A noter également que comme complément au dernier rapport, la patiente présente une stéatose hépatique probablement en lien avec le traitement anti-hormonal adjuvant raison pour laquelle une consultation auprès de nos confrères gastro-entérologues est prévue très prochainement.

En effet, l'ultrason réalisé par les radiologues met en évidence une fibrose de stade-III. Un lien de causalité de cette problématique est plausible avec l'asthénie persistante présentée par Mme M._____.

Par conséquent, nous vous saurions reconnaissants de bien vouloir reconsidérer votre décision concernant la capacité de travail de notre patiente et son droit à une rente d'invalidité.

Dans son avis du 11 juillet 2017, le SMR a retenu ce qui suit :

Notre avis : la capacité de travail est nulle pour toute activité du 25.09.2013 au 01.09.2014 et en particulier dans l'activité habituelle en tant qu'aide cuisinière. Les limitations fonctionnelles concernent le soulèvement de charges de plus de 10 kg ou le port de charge de 5 kg. Les mouvements répétitifs et soutenus avec la main droite ne sont pas exigibles. Les travaux impliquant la pince entre le bras droit et le thorax ne sont pas possibles. Les travaux effectués les bras tenus en hauteur ne sont plus exigibles. Depuis le 01.09.2014, la capacité de travail est exigible uniquement dans une activité adaptée aux restrictions décrites donc plutôt légère et sédentaire et au taux de 80% afin de tenir compte de la baisse de rendement lié à la nécessité d'observer des pauses.

Par décision du 12 décembre 2017, l'OAI a entièrement confirmé son projet du 3 avril 2017.

B. Par acte du 29 janvier 2018, M._____, sous la plume de son conseil, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à l'octroi d'une demi-rente, subsidiairement au renvoi de la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision, ainsi qu'à l'octroi de mesures d'ordre professionnel. En substance, elle a reproché à l'OAI de lui avoir attribué une capacité de travail qui ne correspondait pas à la réalité et qui omettait la problématique psychiatre due aux nouveaux maux, en se concentrant uniquement sur les atteintes somatiques. L'instruction était selon elle incomplète dès lors que l'expertise n'était ni claire, ni cohérente s'agissant de l'activité qu'elle pouvait réaliser, ainsi que sur la question du taux d'activité. L'expertise n'était en outre pas réalisée par un spécialiste en oncologie. De l'avis de l'assurée, il y avait lieu de retenir pour la comparaison des revenus un abattement de 15 %, voire 20 % vu sa situation. Les mesures de réadaptation n'étaient pas traitées alors qu'elles étaient nécessaires si l'assurée devait changer d'activité. A l'appui de son écriture, l'assurée a produit un rapport médical du 18 décembre 2017 du Dr D._____, ayant la teneur suivante :

Or la patiente se plaint de douleurs dorsales en augmentation ces derniers mois, raison pour laquelle nous demandons une IRM. Celle-ci décrit une lésion suspecte au niveau de l'épine de T10. La patiente décrivant des douleurs moins bien systématisées à la réception de ces résultats avec de nouvelles douleurs lombaires et au niveau des hanches, plus à gauche qu'à droite, nous complétons le bilan par un PET-CT.

Celui-ci est rassurant, avec l'absence de lésion suspecte avec cette modalité d'examen.

Nous demandons alors une révision de l'IRM auprès du Dr [...], radiologue spécialisé en imagerie osseuse. A la lumière de ces résultats, la lésion visible au niveau de l'épine de T11 est très probablement un hémangiome, mais une métastase ne peut être exclue complètement.

Synthèse - Discussion et évolution

La lésion semble être bénigne et n'explique à elle seule les symptômes présentés par la patiente.

Une biopsie serait réalisable, mais comporte un risque iatrogène. Nous convenons alors de procéder à une surveillance avec une IRM à 3 mois, soit début février 2018.

Ses douleurs pourraient être dues au Tamoxifène. En cas de persistance de celles-ci, avec une IRM de suivi rassurante, une pause thérapeutique d'épreuve pourra être proposée.

Dans sa réponse du 9 mars 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a relevé que la décision litigieuse ne concernait que la nouvelle atteinte vu la précédente décision du 11 décembre 2003. L'expertise avait été ordonnée par l'assurance perte de gain et remplissait les exigences posées par la jurisprudence. De l'avis de l'OAI, les conclusions étaient claires, soit une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle et de 100 %, avec une perte de rendement de 20 %, dans une activité adaptée. S'agissant de l'aspect psychiatrique, le dossier ne laissait apparaître aucune aggravation. Concernant les mesures d'ordre professionnel, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement de 20 % n'était pas atteint.

Répliquant le 12 avril 2018, l'assurée a réitéré ses précédents arguments, en ajoutant que selon le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un cancer ne laissait pas indemne sur le plan psychiatrique. L'instruction sur cette question n'était dès lors pas suffisante.

En duplique du 3 mai 2018, l'OAI a indiqué qu'en cas de cancer, il n'était pas tenu d'instruire d'office sur le plan psychiatrique. Aucun document médical ne permettait d'ailleurs de retenir une aggravation de la situation. L'OAI a confirmé ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition)

et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le taux à la base de cette prestation.

b) Il est rappelé que, malgré la présence d'une atteinte à la santé psychique à caractère invalidant, la première demande de prestations déposée le 2 novembre 2000 a été rejetée en raison de la non-réalisation des conditions d'assurance. Par conséquent, la demande déposée le 19 novembre 2013 doit être considérée comme une nouvelle demande et la situation ne peut être examinée qu'à la lumière des atteintes qui sont objectivement nouvelles par rapport à celles qui avaient été examinées dans le cadre de la première demande de prestations.

3. a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de

longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA).

b) Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGGA).

c) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner le point de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre. S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 et les références citées).

d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir.

La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 et les références citées).

e) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

4. a) En l'espèce, l'OAI a retenu que la recourante pouvait exercer une activité adaptée à plein temps, avec toutefois une diminution de rendement de 20 %, ce que la recourante réfute en estimant pouvoir travailler à 50 % seulement.

b) Il n'est pas contesté que la recourante présente des atteintes à la santé à la suite du cancer du sein diagnostiqué en

septembre 2013 et des traitements subis (rapports du 23 mars 2015 de la Dresse S. _____ ; du 2 juin 2015 du Dr H. _____ ; des 23 mai et 18 décembre 2017 du Dr D. _____). Dans son expertise du 2 juin 2015, le Dr H. _____ retient au vu de ces atteintes que la recourante dispose, moyennant une diminution de rendement de 20 %, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à compter du 1^{er} septembre 2014. Ce médecin estime que la recourante ne peut plus exercer de travaux requérant le soulèvement de charges de plus de 10 kg ou le port de charges de 5 kg, les mouvements répétitifs et soutenus avec la main droite, les travaux impliquant la pince entre le bras droit et le thorax, les bras tendus en hauteur.

aa) En premier lieu et contrairement à ce que la recourante soutient, il importe peu que le Dr H. _____ ne soit pas spécialiste en oncologie, dès lors que la recourante ne met pas en évidence que des éléments importants auraient été ignorés ou mal appréciés. Au contraire, l'expertise du 2 juin 2015 a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse et les plaintes de la recourante ont été relevées. La description du contexte médical et de la situation médicale sont claires, et les conclusions bien motivées. Ce rapport remplit les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

bb) Quant aux rapports médicaux établis les 23 mai et 18 décembre 2017 par le Dr D. _____, ils ne sont pas suffisamment étayés pour remettre en cause les conclusions circonstanciées du Dr H. _____. Néanmoins, dans l'hypothèse où il devait s'avérer que les problèmes nouvellement mentionnés dans ces rapports (stéatose hépatique ; fibrose ; douleurs dorsales) ont objectivement un impact sur la capacité de travail de la recourante, cette dernière pourra déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.

c) S'agissant des troubles psychiques, rien ne permet de penser que la situation a évolué depuis la première demande de prestations. A cet égard, on souligne que l'intimé a, au fil des années, toujours admis le caractère incapacitant des différents troubles psychiques

affectant la recourante, cette incapacité ne pouvant toutefois pas donner naissance à une rente de l'assurance-invalidité, dans la mesure où la recourante ne comptait pas une année de cotisations au moment de la survenance de l'invalidité. Il ne ressort pas non plus des éléments au dossier que la situation se serait aggravée sur ce plan ou que le cancer aurait entraîné des troubles psychiques. En particulier, le Dr D. _____ ne met pas en évidence de telles atteintes. Il ne se justifie donc pas, en l'état du dossier, de mettre en œuvre une expertise. Cela étant, au vu de l'examen de l'OAI qui n'a porté que sur les nouvelles atteintes, la présente procédure ne remet en aucun cas en cause l'influence des troubles psychiques initialement diagnostiqués et leurs conséquences sur la capacité de travail de la recourante.

d) Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de s'écarter des constatations du Dr H. _____ résultant de son expertise du 2 juin 2015.

5. La recourante conteste également le fait qu'il existe sur le marché du travail des activités exigibles de sa part. Les limitations fonctionnelles retenues par le Dr H. _____ ne présentent toutefois pas de spécificités telles qu'elles rendraient illusoire l'exercice d'une activité professionnelle. Le marché du travail offre en effet un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations de la recourante et accessibles sans aucune formation particulière.

6. Il reste pour finir à examiner le bien-fondé de la comparaison des revenus effectuée par l'OAI.

a) A cet égard, il convient de confirmer l'abattement sur le salaire statistique retenu à titre de salaire d'invalidité. En effet, l'intimé a retenu un abattement de 10 %, en le justifiant par l'âge de la recourante et ses limitations fonctionnelles qui peuvent constituer un désavantage salarial. Dans la mesure où la recourante est établie en Suisse depuis plus de vingt ans et au bénéfice d'un permis C, elle ne saurait subir de désavantage salarial du fait de sa nationalité ou de la nature de son titre

de séjour. Dès lors, seuls les critères de l'âge et des limitations fonctionnelles peuvent justifier un abattement sur le revenu d'invalidé. Il n'y a ainsi pas lieu de retenir un abattement supérieur à 10 %, quoi qu'en dise la recourante.

b) Dans la mesure où par ailleurs la recourante ne conteste pas les montants retenus pour la comparaison des revenus, il n'y a pas lieu de s'écarter du jugement entrepris, qui n'est du reste pas critiquable. Il s'ensuit qu'en présence d'un préjudice économique très largement inférieur à 40 % (13,88 %), le droit à la rente n'est pas ouvert. La recourante ne peut pas non plus prétendre, compte tenu du degré d'invalidité retenu, à des mesures d'ordre professionnel.

7. a) Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 12 décembre 2017 confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe. Toutefois, dès lors que la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, limitée aux avances et aux frais judiciaires, ces derniers frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 12 décembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement mis à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Procap, Service juridique (pour M. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :